

Solidão em Tempos de COVID

David Miguel Braz Marques Nº10431

Dissertação Apresentada ao ISMT para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Margarida Pocinho, Mestre em psicologia clínica e Mestre em toxicodependências e patologias psicossociais, Instituto Superior Miguel Torga (ISMT).

Membros do Júri

Presidente: Professora Doutora Fátima Ney Matos

Arguente: Professora Doutora Susana Ramos

Coimbra, Novembro de 2020

Agradecimentos

Queria agradecer as várias pessoas que tornaram esta dissertação possível.

Primeiramente queria agradecer á Professora Doutora Margarida Pocinho, orientadora deste trabalho, pela sua disponibilidade, paciência e boa disposição que teve sempre comigo.

Queria agradecer á instituição da Santa Casa da Misericórdia de Góis. Em especial aos utentes que possibilitaram a realização desta dissertação e á Doutora Fátima Rodrigues, psicóloga da instituição, que sempre esteve disposta a ajudar-me sempre que eu precisava.

Também queria agradecer ao Sr. Provedor José Serra que foi generoso e disponibilizou a Instituição para eu fazer a minha dissertação.

Queria agradecer á minha mãe e ao meu pai que sempre estiveram comigo nos bons e maus momentos e que sempre acreditaram em mim. Adoro-vos.

E por fim queria agradecer aos meus amigos que sempre me ajudaram e me ouviram quando tinha dúvidas e quando precisava de uma mão amiga.

A Todos Muito Obrigado!

Resumo

Contexto: O COVID-19 atingiu a população a nível mundial, mas afetou, mais especificamente, a população de adultos maiores que são considerados uma das populações de risco, obrigando as instituições onde residem a efetuar mudanças, como por exemplo: não deixar entrar visitas, fazendo com que o contacto que os adultos maiores tinham com a sua família e amigos diminuísse substancialmente ou desaparecesse, o afastamento dos idosos entre si, fraturando as suas relações pessoais. Todos estes fatores causam solidão no adulto maior.

Assim, perante o impacto do COVID-19 é necessário averiguar os níveis de solidão dos adultos maiores e observar se existem diferenças significativas.

Objetivos: Este estudo pretendeu avaliar se houve um aumento dos níveis de solidão sentidos pelos adultos maiores durante o COVID-19 e se houve alguma variável que teve mais significância nesse aumento de sentimentos de Solidão.

Metodologia: A amostra do presente estudo é constituída por 21 idosos da Santa Casa da Misericórdia de Góis, com idades compreendidas entre os 62 e os 100 anos. A amostra tem uma distribuição aproximadamente normal e como eram 21 casos avaliados em 2 instâncias perfaziam 42 medidas e isso permitiu-nos a escolha de testes paramétricos devido a serem mais robustos. Foram aplicados um Questionário Sociodemográfico e a escala de solidão da UCLA antes da aplicação do protocolo da DGS em março e depois da aplicação deste protocolo em junho.

Resultados: Das quatro hipóteses propostas, podemos observar que as hipóteses 1 e 3 foram aceites enquanto as hipóteses 2 e 4 foram rejeitadas. Podemos analisar que houve um aumento do sentimento solidão nos adultos maiores da Santa Casa da Misericórdia de Góis e que a variável das visitas influenciou significativamente o aumento desse sentimento.

Conclusão: Com este estudo concluímos que o COVID-19 veio aumentar os níveis do sentimento solidão dos adultos maiores da Santa Casa da Misericórdia de Góis e que a variável visitas teve um impacto significativo no aumento dos sentimentos de solidão e tendo em conta a literatura esta variável deve ser sempre tida em consideração quando pretendemos avaliar a solidão nos adultos maiores.

Palavras-chave: Adultos Maiores, COVID-19, Solidão, Escala de Solidão da UCLA, Santa Casa da Misericórdia de Góis.

Abstract

Context: COVID-19 affected the population on a global scale, however the population most affected is the older adults that are considered a risk population where the institutions were forced to make changes like for example: don't letting visitors enter the institution making the contact between older adults and their families and friends greatly diminished or disappeared all together or keep the older adults away from each other, fracturing their personal relationships. So before COVID-19, it is necessary to ascertain the levels of loneliness in older adults and observe if there are significant differences.

Objectives: This study is aimed to investigate if there exists a significant difference between the levels of loneliness felt by older adults before and during COVID-19 using the UCLA Loneliness Scale.

Methodology: The sample included 21 older adults from Santa Casa da Misericórdia de Góis, with ages between 62 and 100 years. A Sociodemographic Questionnaire and UCLA Loneliness Scale were applied before the application of the DGS protocol in March and after its application in June.

Results: Of the four hypothesis that were tested we can observe that hypothesis 1 and 3 were accepted and the hypothesis 2 and 4 were rejected.. We can analyse that there was an increase in the feelings of loneliness in older adults of the Santa Casa das Misericórdias de Góis and that the visit variable significantly influenced the increase of the feelings of solitude.

Conclusion: With this study we can conclude that COVID-19 increased the levels of loneliness in the older adults from Santa Casa da Misericórdia de Góis and that the variable visits had a significant impact on the rise of the levels of solitude and taking into account the literature we can say that this variable must always be taken into consideration when pretend to evaluate loneliness in older adults.

Keyword: Older adults, COVID-19, Solitude, UCLA Loneliness Scale, Santa Casa da Misericórdia de Góis.

Índice

1.Introdução	6
1.1.Envelhecimento Demográfico (dimensões de envelhecimento, envelhecimento ativo e não ativo)	6
1.2.Solidão	9
1.3. Solidão em Adultos Maiores.....	10
1.4.Solidão entre Adultos Maiores institucionalizados e não institucionalizados	11
1.5. Solidão em tempos de Coronavírus	13
2.Métodos.....	16
2.1. Procedimentos.....	16
2.2. Amostra	17
2.3.Instrumentos	19
2.4. Análise Estatística	20
2.5. Resultados	21
3.Discussão e Conclusão.....	24
Bibliografia	26

1.Introdução

1.1.Envelhecimento Demográfico (dimensões de envelhecimento, envelhecimento ativo e não ativo)

O envelhecimento demográfico é atualmente um fenómeno que ocorre à escala mundial, que se acentua nas sociedades ditas desenvolvidas, em consequência do aumento da esperança de vida e do declínio da natalidade (A. Costa & Sequeira, 2013).

O envelhecimento surge associado a um processo marcado por alterações a nível biológico, psicológico e social, que podem refletir-se ao nível do comportamento do adulto maior, no tipo de atividades que mantém, bem como nas interações sociais. O envelhecimento é ainda um processo que ocorre ao longo do tempo, de forma progressiva, e que varia de indivíduo para indivíduo, pois sabe-se que as pessoas não envelhecem, todas, da mesma forma. No entanto, para além das perdas e limitações que podem advir com o envelhecimento, este é também visto como uma fase de maior maturidade e experiência de vida. É no entanto com o envelhecimento patológico que aspetos negativos tendem a surgir, como a incapacidade, a dependência, imaturidade e tristeza (Lopes, 2010). Fernández-Ballesteros (2004, citado por Jacob et al., 2011) menciona que o envelhecimento tem duas vertentes: o envelhecimento populacional e o envelhecimento individual. O primeiro refere-se ao que ocorre a nível macro social, o segundo ocupa-se do conhecimento de como os indivíduos envelhecem, ou em termos mais precisos, que mudanças existem ao longo da vida ou com o passar dos anos.

Envelhecer é um processo multidimensional, multidirecional e dinâmico, no qual as mudanças relacionadas com a idade devem ser encaradas como multifacetadas e multifuncionais.

As várias dimensões relacionadas com o envelhecimento são:

Dimensão Biológica - O envelhecimento biológico é universal, gradual, irreversível e compreende processos de transformação do organismo em diferentes níveis (molecular, celular, tecidos, órgãos e suas funções) que variam não apenas entre os indivíduos, mas também entre os diferentes sistemas de uma mesma pessoa, donde resulta a vulnerabilidade crescente e uma diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência, a que se dá o nome de senescência.

A senescência não é sinónima de doença, é sim um processo normal de deterioração biológica que aumenta a vulnerabilidade da pessoa à doença e à morte, devido à redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas, o que implica a diminuição da capacidade adaptativa do organismo às alterações do meio ambiente.

Dimensão Psicológica - A dimensão psicológica no processo de envelhecimento abrange as mudanças cognitivas, os desafios da vida subjetiva de cada um, as tarefas e possibilidades e as capacidades de adaptação constante às modificações impostas pelo meio.

Diante o exposto entende-se que envelhecer e velhice podem ser processos difíceis para algumas pessoas, sobretudo quando existe a vivência do preconceito de que o envelhecimento acarreta profundas mudanças cognitivas e físicas que interferem com a capacidade da pessoa para se empenhar no emprego produtivo.

Dimensão Social - O envelhecimento social é um processo de mudança nos papéis e comportamentos dos anos mais tardios da vida adulta e diz respeito à adequação dos papéis e dos comportamentos dos adultos mais velhos ao que é normalmente esperado para as pessoas nessa faixa etária.

O envelhecimento social depende dos valores e da ideologia de cada contexto histórico e cultural. Na sociedade pré-industrial, o adulto maior foi valorizado e integrado no seio da família, ao passo que, na sociedade contemporânea, após a industrialização, o adulto maior foi colocado na periferia dos sistemas como obstáculo inerte, perdendo espaço e valor.

Dimensão Espiritual e Religiosa - A abordagem destas duas dimensões no envelhecimento passa pela clarificação de conceitos: dimensão espiritual e espiritualidade, por um lado e dimensão religiosa, religião e religiosidade, por outro.

Dimensão Espiritual - A dimensão espiritual surgiu previamente indiferenciada da dimensão religiosa. O declínio das instituições religiosas, o aumento das expressões individuais da fé e o pluralismo religioso contribuíram para que a preferência pela dimensão espiritual aumentasse substancialmente no índice da religião de 1940 e 1950 até ao presente e assumisse um constructo próprio

A dimensão espiritual é uma força interior, anímica, unificadora e individual que transcende a dimensão física e psicológica (o conhecimento íntimo do self e a identidade do self) e que pode ser rotulada como espiritualidade.

Dimensão religiosa, religião e religiosidade - A dimensão religiosa faz parte da estrutura ontológica do ser humano e desenvolve-se através da religião.

A avaliação das dimensões espiritual e religiosa na vida da pessoa humana, em particular no envelhecimento e na saúde, é relevante para a maioria dos investigadores, razão pela qual estes têm investido na quantidade e qualidade dos instrumentos de avaliação, procurando melhorar a sua fidedignidade com o subsídio das críticas e recomendações de diversos autores(C. Silva, 2012).

Portugal, à semelhança dos restantes países da Europa, apresenta índices de envelhecimento demográfico, assumindo mesmo uma das posições com maior número de adultos maiores por cada 100 jovens. Embora a intensidade do nível de envelhecimento não seja uniforme por todo o país, com o litoral claramente mais rejuvenescido do que o interior, persistem elevados índices de envelhecimento em todo o país. Esta tendência de evolução demográfica é, aparentemente, inalterável como se pode ver nos cenários demográficos já disponíveis para as próximas décadas (INE, 2017). A OMS (2002) logo no início do século XXI introduz os conceitos vitais para as sociedades fazerem face ao crescimento da população idosa: o envelhecimento ativo e a qualidade de vida, intrinsecamente interligados, são determinantes para o equilíbrio social e para a promoção da saúde na terceira idade (Lima, Esteves, & Teixeira, 2020).

É importante destacar que as populações de adultos maiores são caracterizadas por grande diversidade. Por exemplo, alguns adultos maiores de 80 anos apresentam níveis de capacidade física e mentais comparáveis aos níveis de muitos jovens de 20 anos. As políticas devem ser estruturadas de forma que permitam um maior número de pessoas alcançarem trajetórias positivas do envelhecimento. E elas devem servir para quebrar as muitas barreiras que limitam a participação social contínua e as contribuições de pessoas maiores. Porém, muitas pessoas experimentarão declínios significativos de capacidade em idades muito mais jovens. Por exemplo, algumas pessoas de 60 anos podem precisar de ajuda de outras pessoas para realizar até as tarefas mais simples. Uma resposta abrangente da saúde pública ao envelhecimento da população também deve abordar as suas necessidades. Ativar as capacidades e atender às necessidades de tais populações diversas pode resultar em políticas que parecem desconexas, e que podem até ser administradas por meio de esferas de governo diferentes e concorrentes. Contudo, as diferentes necessidades de pessoas mais velhas são vistas como um funcionamento

contínuo. Uma resposta política ampla deve ser capaz de reconciliar essas diferentes ênfases em uma narrativa de envelhecimento coerente (Chan, 2020).

1.2.Solidão

A solidão, em termos gerais, pode caracterizar-se pela ausência afetiva do outro e estar intimamente relacionada com o sentimento, com a sensação de se estar só. O outro pode até estar próximo geograficamente, mas não há aproximação psicológica; falta interação e comunicação emocional (Moreira & Callou, 2006).

A solidão geral é determinada por fatores intrínsecos (como a personalidade) e por condicionantes extrínsecos (como a rede social de apoio). Com efeito, o indivíduo que se sente sozinho percebe as relações sociais como insuficientes ou de baixa qualidade, tendo em conta as suas preferências de envolvimento social. Por conseguinte, é necessário considerar que existem pessoas que têm preferência por passar mais tempo sozinhas e ter uma rede social mais reduzida (isolamento ativo), sem implicar propriamente que se sintam sozinhas. Pessoas mais introvertidas têm preferência por baixos níveis de envolvimento social. Já a solidão implica uma discrepância entre as preferências pessoais de envolvimento social e a rede social que o indivíduo possui, isto é, isolamento passivo (Rodrigues, 2018).

Weiss (1973), no seu modelo relacional de solidão, identificou seis funções relacionais: vínculo, normalmente proporcionado pelo(a) companheiro(a); integração social, proporcionado pelos amigos; cuidado físico e emocional; confirmação do valor do outro; noção de uma aliança de confiança; orientação em situações stressantes. A solidão é a resposta à ausência de uma função relacional particular ou à ausência de uma constelação de funções relacionais. Neste modelo, Weiss define dois tipos de solidão, caracterizados como tal por quem os experimenta: solidão emocional e solidão social. Segundo Weiss, a solidão emocional não compensa a solidão social, assim como a social não compensa a emocional. A solidão emocional é causada pela ausência ou perda de uma figura de vinculação íntima, só podendo ser remediada pela integração de outro vínculo emocional. Está relacionada com as relações românticas e familiares. O apoio social dos amigos e familiares não consegue compensar o défice causado pela falta. O apoio social é eficaz quando a solidão está relacionada com um défice na integração social. A solidão social é a percepção de falha nas relações de amizade, nas relações sociais. A solidão social pode ser uma consequência secundária da solidão emocional,

na medida em que a perda do cônjuge pode levar a que haja perdas na rede social (Mendes, 2008).

A solidão como um fenómeno complexo e subjetivo é estudada e investigada por inúmeros especialistas quer na área da gerontologia, quer nas ciências afins. A solidão é uma das consequências negativas da vida, em especial no momento atual, afetando sobretudo os adultos maiores. Constata-se que muitas pessoas se sentem sós e abandonadas quer pela sociedade, quer pelas instituições, quer ainda por aqueles que lhes são próximos, como é o caso da família. A solidão pode ainda resultar de fatores situacionais e de características pessoais, como cada um de nós encara as diversas situações problemáticas da vida e como se lida com as adversidades do quotidiano, vai fazer com que nos sintamos mais ou menos sós permitindo que a solidão nos atinja com maior ou menor intensidade (Machado, 2012).

1.3. Solidão em Adultos Maiores

O interesse pela solidão sentida pelos adultos maiores aumentou, nos últimos anos, devido ao aumento da esperança de vida que levou a um crescente número de indivíduos com mais de sessenta e cinco anos. A solidão tem sido vista como um dos maiores problemas das pessoas de idade mais avançada. No entanto, têm sido feitas investigações que demonstram que não há uma relação direta entre solidão e adultos maiores. Há, antes, fatores quer pessoais, quer sociais, que contribuem para a solidão. Está constatada a maior vulnerabilidade dos adultos maiores para experimentarem solidão, sendo este um dos aspetos que pode afetar a saúde e segurança dos adultos maiores. As expectativas que cada adulto maior tem relativamente aos contactos sociais determina o seu sentimento de solidão. É um sentimento subjetivo, relacionado com a qualidade da interação social e não com a quantidade dos contactos estabelecidos (P. Freitas, 2011).

Com o avançar da idade grande parte dos adultos maiores reduzem a sua participação na comunidade, o que pode originar sentimentos de solidão e desvalorização a nível de integração familiar e social. Estudos experimentais comprovaram que as pessoas realizadas e satisfeitas com a vida encontram mais facilidade em se integrarem e adaptarem às situações menos positivas na vida (Machado, 2012).

Singh e Kiran (2013) referem que a solidão é mais comum nos homens adultos maiores solteiros e nas mulheres de qualquer idade. Diversos estudos que analisam a relação entre

solidão e a depressão, o alcoolismo, a doença física e o luto, mas falta investigação acerca das relações da solidão com perturbações psiquiátricas.

Em 2011, foram encontrados em Portugal quase 2.900 adultos maiores, dias ou mesmo semanas depois de terem morrido em casa. O Censo de 2011 indica que há 2,023 milhões de pessoas com mais de 65 anos a residir em Portugal, entre as quais 60% vivem sozinhas. Contudo, não podemos afirmar que exista uma pura relação determinista entre velhice e solidão. O que está em causa é uma maior vulnerabilidade dos adultos maiores à solidão, devido a uma associação de fatores, nomeadamente, a personalidade que, de forma única, tem influência no processo cognitivo, comportamental e nas motivações; a diminuição das atividades sociais, com a perda de autonomia, perda de amigos, independência dos filhos, a saída do mundo laboral e a entrada na reforma e, frequentemente, os principais preditores para a solidão são a insatisfação com contatos sociais e de habitação, seguido pela perceção percebida de saúde baixa e insuficiência da função cognitiva (Pocinho & Macedo, 2017).

Também houve um aumento no que diz respeito aos adultos maiores que vivem sozinhos. O número de adultos maiores que vivem sozinhas aumentou por várias razões sociais e demográficas. Uma das razões foi a diminuição na taxa de natalidade e de fecundidade, promovendo a verticalização das famílias, fenómeno que se traduz na existência de um pequeno número de indivíduos em cada geração. Outra razão está associada à ocorrência de mudanças nos valores que dizem respeito à vida familiar e ao casamento, as quais dão origem ao crescimento do número de adultos solteiros. Em terceiro lugar pode-se citar o aumento da mobilidade geográfica entre a população jovem e a urbanização. Associados, esses fatores diminuem a probabilidade de convivência entre as gerações e causam mudanças nos padrões de solidariedade dos mais novos para com os mais velhos. Em quarto lugar, menciona-se a extensão da longevidade em homens e mulheres, que tendem a viver cada vez mais sozinhos em virtude dos fatores já citados (Luiz & Netto, 2007) .

1.4.Solidão entre Adultos Maiores institucionalizados e não institucionalizados

Uma das principais marcas do processo de envelhecimento é, sem dúvida, a admissão de adultos maiores numa instituição. É uma realidade vivida pelos nossos adultos maiores, que por motivos de vária ordem, não encontram dentro da família e da comunidade uma resposta

satisfatória às suas necessidades existenciais.

A institucionalização é entendida como um duplo processo. Por um lado, como recurso a serviços sociais de internamento de adultos maiores em lares, casas de repouso e afins, onde recebe assistência. Por outro, como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o adulto maior sente e vive o ambiente institucional.

Surgem assim na nossa sociedade, instituições de caridade e de apoio social para adultos maiores, denominadas como lares, asilos e albergues, conotados com uma imagem sombria, malcheirosa onde os adultos maiores esperam o fim do seu ciclo de vida. Existem sentimentos de culpabilidade por parte dos familiares que tomaram tal decisão. As famílias, na conjuntura atual da sociedade em que vivemos, não têm condições para cuidar do seu adulto maior em situação de incapacidade ou atingida por uma síndrome cognitivo-mnésico.

O adulto maior institucionalizado vê com nostalgia a perda de uma vida ativa, onde até certo ponto podia ser o senhor do seu mundo e das suas ações. Recorda ainda, com tristeza, um tempo desenrolado entre os laços familiares e comunitários, agora longínquos. Uma vez institucionalizado deve-se procurar evitar fatores negativos inerentes a todo o processo, como a despersonalização (pouca privacidade), a desinserção familiar e comunitária, o tratamento massificado, a vida monótona e rotineira que trata todos os adultos maiores de igual forma, sem ter em conta as diferenças de cada adulto maior. Corresponde a um sistema rígido o qual pode conduzir a uma autêntica carência de liberdade do adulto maior.

O sentimento de perda que o adulto maior vivencia com o processo de institucionalização vai sem dúvida afetar a sua personalidade. A perda da sua intimidade, da privacidade, da autonomia, da responsabilidade de decisões pessoais, da estimulação intelectual e da privação espiritual levam a uma perda de segurança e de valores pessoais (Lourenço, 2014).

Quando procuramos avaliar os sentimentos de solidão experienciados pelos adultos maiores institucionalizados em relação com ao dos adultos maiores não institucionalizados, constatamos que os valores encontrados permitem inferir que os sentimentos de solidão variam significativamente em função do contexto habitacional do adulto maior. Foram os adultos maiores que vivem em Instituições que apresentaram mais sentimentos de solidão. Os adultos maiores parecem “suportar” melhor as condições de vida próprias do envelhecimento quando têm junto de si pessoas afetivamente significativas. No entanto, muitas vezes são deixados ao

isolamento, quer por familiares, quer por amigos e isso reflete-se nos seus elevados sentimentos de solidão (Barroso, 2008).

1.5. Solidão em tempos de Coronavírus

Em dezembro de 2019, um surto de pneumonia causada por coronavírus ocorreu em Wuhan, uma província de Hubei e espalhou-se rapidamente pela China, com um risco alargado de pandemia.

Após a identificação e isolamento do vírus, o patógeno, para esta pneumonia foi originalmente chamado de Coronavírus (2019-nCoV), mas foi subsequentemente chamado de Síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS- CoV-2), pela WHO (*World Health Organization*). No dia 30 de Janeiro de 2020, a WHO declarou o surto de SARS-CoV 2 uma Emergência de Saúde Pública Internacional. Comparado com o SARS-CoV, que causou um surto em 2003, SARS-CoV-2 tem um maior nível de transmissão por capita por cidade. O rápido aumento em casos confirmados faz a prevenção e controlo do COVID-19 de extrema importância. No entanto as manifestações clínicas de COVID-19 são dominadas por síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS- CoV-2), que infeta as células hospedeiras através de recetores ACE2, levando à doença de coronavírus (COVID-19) relacionada com pneumonia, enquanto causa também um ferimento agudo no miocárdio e dor crónica no sistema. Portanto tem de ser dada uma atenção particular à proteção do sistema cardiovascular durante o tratamento para o COVID-19.

Para além disso, pacientes com doenças cardiovasculares prévias possuem um maior risco de morte, portanto, entender o dano causado pelo SARS-CoV-2 ao sistema cardiovascular e aos seus mecanismos de maior é de maior importância de modo a que o tratamento destes pacientes possa ser oportuno, efetivo e a sua mortalidade reduzida (Zheng, Ma, Zhang, & Xie, 2020).

Durante as epidemias, o número de pessoas cuja saúde mental é afetada tende a ser maior que o número de pessoas afetadas pela infeção. Tragédias anteriores mostraram que as implicações para a saúde mental podem durar mais tempo e ter maior prevalência que a própria epidemia e que os impactos psicossociais e económicos podem ser incalculáveis se considerarmos a sua ressonância em diferentes contextos.

Como os custos económicos associados às perturbações mentais são altos, a melhoria das estratégias de tratamento na saúde mental pode levar a ganhos tanto na saúde física quanto no setor económico. Além de um medo concreto da morte, a pandemia do COVID-19 tem implicações para outras esferas: organização familiar, fechamento de escolas, empresas e locais públicos, mudanças nas rotinas de trabalho, isolamento, levando a sentimentos de abandono. Além disso, pode aumentar a insegurança devido às repercussões económicas e sociais dessa tragédia em larga escala. Os adultos maiores são destaque na pandemia COVID-19, em grande parte por apresentarem alterações decorrentes da senescência ou senilidade. A pandemia COVID-19 deu o destaque aos adultos maiores, principalmente devido ao potencial de risco dessa população, com direcionamento de ações e estratégias de distanciamento social especificamente para esse grupo (Silveira, Hammerschmidt, & Santana, 2020).

Portugal atuou cedo, adotando medidas de contenção e mitigação da pandemia COVID-19, impondo um *lockdown* da vida económica e social quando registava aproximadamente 62 casos de COVID-19 por milhão de habitantes ($62^{o/00000}$) e praticamente não registava óbitos, uma situação epidemiológica bem menos complicada do que a da Espanha, a Itália e o Reino Unido, quando tomaram medidas equivalentes. A população Portuguesa aderiu de forma rápida e efetiva às medidas de contenção e mitigação decretadas pelo Governo, reduzindo a sua mobilidade efetiva para uma grande parte das atividades da vida diária, incluindo retalho e lazer (-83%), parques e afins (-80%) e transportes (-79%). Os Espanhóis também aderiram cedo e de forma efetiva às medidas de contenção e mitigação. Já os Italianos e os cidadãos do Reino Unido tardaram a adotar as medidas decretadas e, mesmo assim, de forma menos efetiva do que em Portugal e Espanha. Entre 1 e 15 de abril, registaram-se em Portugal, menos 25% de óbitos, uma redução da média diária de 53% de utentes internados em UCI, de 12% para o total de internados, e menos 23% de nº de casos do que seria esperado no mesmo período, sem as medidas de contenção e mitigação, considerando a evolução da pandemia até 31 de março. Observaram-se coeficientes de correlação elevados entre os valores do ICO/SI e os óbitos diários para Portugal ($R=0,896$) e nº de doentes em UCI ($R=0.937$). Estes resultados e outros critérios de causalidade observados sugerem que as medidas de confinamento e isolamento social foram e estão a ser efetivas na redução da mortalidade e dos casos graves de COVID-19 (Peixoto, Aguiar, Sousa, & Abrantes, 2020).

Os adultos maiores e os doentes crónicos representam os grupos de risco para esta infeção, estando expostos a maior número de danos e maior mortalidade pelo COVID-19. Um dos importantes sistemas que devem estar a frente em infeções é o sistema imunológico, e este

apresenta-se em imunosenescência em indivíduos com 60 anos ou mais, a imunosenescência é caracterizada pela diminuição das funções do sistema imunológico, essas alterações desencadeiam o aumento da incidência e da gravidade das doenças infecciosas, fatores que podem explicar como o COVID-19 torna-se grave nestes indivíduos (Liu, Chen, Lin, & Han, 2020).

Como os números de prevalência sugerem quase um terço de adultos maiores experienciam solidão ou isolamento social. Data sobre o impacto da solidão e do isolamento social indica resultados significativamente negativos de longo termo para adultos maiores que se identificam como solitários ou que sofrem de isolamento social.

Enquanto a solidão e o isolamento social podem ser muitas vezes esquecidos pelos profissionais de saúde e de serviço, o COVID-19 fez aumentar a atenção na solidão e no isolamento social em todas as idades, particularmente em adultos maiores, porque estes compõem a população de risco.

Saber os fatores que põem os adultos maiores em risco de solidão ou de isolamento social torna-se crítico para avaliá-los. Estes fatores incluem: viver sozinho ou numa comunidade rural, ter um mau estado funcional, ser viúvo, ser mulher, ter um baixo nível de educação e de renda, possuir depressão e sentir-se incompreendido pelos outros

Por causa das ordens de ficar em casa, muitos adultos maiores perderam as maneiras habituais de se conectarem com as suas redes de suporte e com os serviços sociais e de saúde e por essa causa encontram-se mais tempo sozinhos.

Muitas das estratégias tradicionais para o envolvimento com os adultos maiores tornaram-se antiquadas neste novo normal. A congregação em bares e cafés, o exercício e atividades sociais em pessoa, interações de negócios/saúde, voluntariado e compromissos de emprego estão entre as oportunidades de envolvimento que foram suspensas.

Mesmo assim, trabalhadores sociais tornaram-se mais criativos e engenhosos no que diz respeito à conexão com os adultos maiores. Pacientes, amigos e família suportam estes esforços de conexão de modo a acalmar a solidão, a ansiedade e o isolamento social. Atividades e contactos entre pessoas começou a ser facilitado através do uso de aparelhos virtuais e de videoconferência. Distanciamento social, equipamento protetor pessoal e aparelhos de realidade virtual foram introduzidos. Telefonemas diários, serviços de entrega ao domicílio, visitas virtuais e de telefone de saúde e educação de prevenção e atualizações de estado por

parte das notícias tornaram-se parte do trabalho social praticado com os adultos maiores (Berg-Weger & Morley, 2020).

Estes fatores podem levar as pessoas a pensarem que o COVID-19 é uma doença que só afeta os adultos maiores e isso pode levar a um menosprezo ainda maior e criando um estigma de que como só afeta as pessoas idosas elas são dispensáveis.

O secretário-geral das Nações Unidas (António Guterres), numa mensagem recente (01/05/2020), expressou preocupação com os efeitos da pandemia sobre os adultos maiores (Neri, 2020).

2. Métodos

Este estudo de caso tem como objetivo verificar se houve um aumento nos níveis de solidão dos adultos maiores, utilizadores da estrutura residencial para adultos maiores (ERPI) da Santa Casa da Misericórdia de Góis devido ao COVID-19, usando a Escala da Solidão da UCLA.

2.1. Procedimentos

Os procedimentos para a presente dissertação foram divididos em duas fases: a fase de avaliação e a fase de reavaliação. Na primeira fase foi administrado um Questionário Sociodemográfico e a Escala de solidão da UCLA em pessoa, nos idosos utilizadores da estrutura residencial para adultos maiores (ERPI). Primeiramente foram recolhidas informações relativamente á idade, data de nascimento, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, numero de filhos e idade dos filhos, tipo de resposta social e há quanto tempo estavam nessa resposta social, visitas e diagnóstico, tendo uma grande parte da amostra não conseguir dizer a idade dos filhos nem há quanto tempo estavam institucionalizados. Seguiu-se a avaliação dos adultos maiores pelo autor desta tese, no período de Março de 2020, mais especificamente antes da implementação do protocolo da DGS, a Junho de 2020, depois da implementação do protocolo da DGS usando a escala de solidão da UCLA com duração de 10 a 20 minutos.

A segunda fase iniciou-se em junho com a reavaliação dos idosos com a Escala de solidão da UCLA também em pessoa e já durante o COVID-19, também com duração de 10 a 20 minutos.

Na presente dissertação recorreremos a um Questionário Sociodemográfico, criado pela Professora Margarida Pocinho, e ao UCLA, mais especificamente á versão 3 revista pela

Professora Margarida Pocinho, pelo Professor Carlos Farate e pelo Professor Carlos Amaral Dias de modo avaliar os sentimentos de solidão antes e durante a COVID-19.

2.2. Amostra

A amostra total é constituída por 21 adultos maiores, onde 19 (90,5%) são do sexo feminino e 2 (9,5%) são do sexo masculino, mas como a amostra tinha uma distribuição aproximadamente normal e como eram 21 casos avaliados e duas instâncias perfaziam 42 medidas e isso permitiu-nos a escolha dos testes paramétricos por serem mais robustos. A média de idade da amostra é de 85,76 anos. Os idosos apresentam idades compreendidas entre os 62 e os 100 anos, sendo a idade mínima de 62 e a idade máxima é de 100.

O local onde decorreu este estudo caso é a Santa Casa da Misericórdia de Góis, Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

Os objetivos da Santa Casa da Misericórdia de Góis são apoiar a Infância, Juventude e a Terceira Idade, prestar um diverso leque de serviços como: o Lar de Idosos, o Apoio Domiciliário, o Centro de Dia e o Centro de Atividades de Tempos Livres.

Esta instituição foca-se nomeadamente nas Freguesias de Góis, Vila Nova do Ceira e União de Freguesias: Cadafaz e Colmeal.

No que diz respeito ao ERPI (Estrutura Residencial para pessoas idosas) onde se irá realizar o estudo, ele é constituído por uma sala de estar, um ginásio onde os utentes praticam a sua fisioterapia, uma Capelina onde se reza o terço, o gabinete do Provedor onde são feitas consultas quando ele não se encontra no estabelecimento e que foi remodelado em tempo de COVID-19 para uma sala de contenção caso alguém demonstre estar infetado, a sala da administração que também é usada para reuniões, o gabinete técnico, a cozinha e o refeitório. Dispõe de 25 quartos: 4 individuais, 18 duplos e 2 triplos e um parque de estacionamento.

A instituição alberga 200 utentes sendo que 50 estão institucionalizados, 20 fazem parte do Centro de Dia, 30 precisam de Apoio ao Domicílio, 15 são jovens e crianças do Centro de atividades de tempos livres e 85 fazem parte da União de Freguesias: Colmeal e Cadafaz.

As Valências que esta instituição engloba são: o ERPI (Estrutura Residencial para pessoas idosas) onde será realizado o estudo de caso, o CD (Centro de Dia) que não se encontra em funcionamento devido ao COVID-19, o SAD (Serviço de Apoio Domiciliário) que se tornou

extremamente importante devido aos adultos maiores de Centro de Dia não poderem frequentar o ERPI e o CATL (Centro de Atividades de Tempos Livres) que foi transformado numa sala de visitas onde familiares e amigos podem visitar os adultos maiores uma vez por semana até as crianças voltarem.

A Santa Casa da Misericórdia de Góis tem feito a higienização do edifício todas semanas e tem proporcionado entretenimento aos adultos maiores na forma de jogos e de atividades para assim os manterem ocupados e de modo a estimular os adultos maiores de forma cognitiva, motora, emocional e social.

No que diz respeito aos adultos maiores, eles encontram-se um pouco debilitados a nível emocional devido ao facto de não poderem estar juntos e pelo facto de só poderem interagir com as suas famílias através de um vidro acrílico.

É importante referir que este estudo de caso....

Tabela 1-Caracterização Sociodemográfica da Amostra de Adultos Maiores da Santa Casa da Misericórdia de Góis.

		F	P	P.V	PC
Sexo	Masculino	2	9,5%	9,5	9,5
	Feminino	19	90,5%	90,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	
Estado Civil	Solteiro(a)	3	14,3	14,3	14,3
	Casado(a)	2	9,5	9,5	23,8
	Divorciado(a)	1	4,8	4,8	28,6
	Viúvo(a)	15	71,4	71,4	100
	Total	21	100	100	
Escolaridade	Analfabeto	3	14,3	15,8	15,8

	Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino	7	33,3	36,8	52,6
	Ensino Primário	5	23,8	26,3	78,9
	Ensino Médio	1	4,8	5,3	84,2
	Ensino Superior	3	14,3	15,8	100,0
	Total	19	90,5	100,0	
	Omisso	2	9,5		
	Sistema				
Profissão	Prof.Universitários	2	9,5	9,5	9,5
	Peq.Empresários	1	4,8	4,8	14,3
	Peq.Agricultores	4	19,0	19,0	33,3
	Operários				
	Semiquualificados	3	14,3	14,3	47,6
	Assalariados	4	19,0	19,0	66,7
	Agrícolas				
	Trabalhadores	4	19,0	19,0	85,7
	Indiferenciados				
	Desempregado	2	9,5	9,5	95,2
	Cozinheiro(a)	1	4,8	4,8	100
	Total	21	100,0	100,0	
Com quem vive	Instituição	21	100,0	100,0	100,0
Resposta Social	Lar	21	100,0	100,0	100,0

Notas: F=Freqüência; P=Percentagem; PV= Porcentagem Válida; PC=Porcentagem Cumulativa

2.3.Instrumentos

Questionário Sociodemográficas- Criado pela Professora Margarida Pocinho com o intuito de os adultos maiores responderem a questões relativas à região, sexo, data de nascimento, idade,

escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos, com quem vive, visitas, doenças cardiovasculares, diagnóstico múltiplo, situação institucional, resposta social e exercício físico.

Escala de Solidão da UCLA - É uma escala de heteroadministração, constituída originalmente por 20 itens, todos elaboradas no sentido do constructo da solidão, com quatro alternativas de resposta, variando entre o nunca e frequentemente. Desde a sua criação, a versão original tem sido revista, estando atualmente na sua 3.^a versão, devido à assunção de que as frases não deveriam ter todas a mesma direção, uma vez que poderia afetar o score (Pocinho, Farate, & Dias, 2010).

2.4. Análise Estatística

Para realizar as análises estatísticas foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* versão 25, SPSS Inc para Windows 10.

O presente estudo é do tipo observacional e de desenho transversal no que se refere à sua natureza. Relativamente ao modelo de análise será correlacional e inferencial.

Os Objetivos deste estudo são:

- 1) Avaliar se existe um aumento nos níveis de solidão durante o COVID-19.
- 2) Avaliar se houve alguma variável que teve mais significância nesse aumento de sentimentos de Solidão.

Tendo em consideração os objetivos deste estudo, foram formuladas as seguintes hipóteses.

H1-Houve um aumento nos níveis de Solidão durante o COVID-19.

H2-Não houve um aumento nos níveis de Solidão durante o COVID-19.

H3- Houve alguma variável que teve mais significância nesse aumento de sentimentos de Solidão.

H4-Não existe nenhuma variável que teve mais significância nesse aumento de sentimentos de Solidão.

De modo a analisar estas hipóteses, vão ser usados o teste *t de student* e a correlação de pearson de modo a observar a significância e a correlação das variáveis, a estatística descritiva para

analisar a frequência, a média e desvio padrão das variáveis, e a tabela de referência cruzada para observar se houve alterações no número de adultos maiores com solidão e sem solidão pré-COVID e durante o COVID.

2.5. Resultados

H1-Houve um aumento nos níveis de solidão durante o COVID-19.

Podemos verificar a resposta a esta pergunta nas tabelas 2,3 e 4.

Na Tabela 2,3 e 4 apresentamos as pontuações totais da UCLA de solidão pré-COVID e durante o COVID. Os resultados obtidos demonstram que houve um aumento dos níveis de solidão durante o COVID, mais especificamente podemos observar que o número de adultos maiores com solidão aumentou de 10 (47,6%) para 14 (66,7%) havendo uma diminuição de 11 (52,4%) adultos maiores para 7 (33,3%) adultos maiores sem solidão. Devido aos resultados das tabelas 2,3 e 4 podemos rejeitar a hipótese 2 que previa que não havia um aumento nos sentimentos de solidão durante o COVID-19.

Tabela 2- Comparação entre as pontuações totais de solidão pré-COVID e solidão COVID

			Solidão COVID		Total
			SS	CS	
Solidão Pré-COVID	SS	Contagem	7	4	11
		% em solidão pré-COVID	63,6%	36,4%	100,0%
		% do Total	33,3%	19,0%	52,4%
	CS	Contagem	0	10	10
		% em solidão pré-COVID	0,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	47,6%	47,6%
Total		Contagem	7	14	21
		% em solidão pré-COVID	33,3%	66,7%	100,0%
		% do Total	33,3%	66,7%	100,0%

Notas: SS=Sem solidão; CS=Com Solidão

Na tabela 3 usando o *teste-t de student* podemos analisar que em média o UCLA total COVID (M= 35,5238, DP 2,47523) é maior que ucla pré-COVID (M= 31,5714, DP= 2,07659)

Tabela 3- Médias do UCLA pré-COVID e do UCLA total COVID

	M	N	ED	EP
Ucla pré-COVID	31,5714	21	9,51615	2,07659
UCLA total COVID	35,5238	21	11,34292	2,47523

Notas: M=Média; N=Numero; ER=Erro Desvio; EP=Erro Padrão

Na tabela 4 observa-se uma correlação muito positiva (0.873) e estatisticamente significativa ($p < 0,000$) entre o UCLA pré-COVID e o UCLA total COVID.

Tabela 4- Correlação entre a amostra UCLA pré-COVID & UCLA total COVID)

	N	R	S
UCLA pré-COVID & UCLA total COVID	21	,873	,000

Notas: N=Número; R=Correlação; S=Sig

H2-Houve alguma variável que teve mais significância nesse aumento de sentimentos de Solidão.

Podemos observar essa resposta na tabela 5.

Na tabela 5 podemos observar que existe uma correlação significativa ($\text{sig} < 0,01$) entre as variáveis Visitas, solidão pré-COVID e Solidão COVID, portanto podemos afirmar que as visitas tiveram um impacto nos sentimentos de solidão dos 21 adultos maiores da Santa Casa

da Misericórdia de Góis. Devido ao resultado da Tabela 5, podemos rejeitar a hipótese 4 que previa que não existe nenhuma variável que teve mais significância nesse aumento de sentimentos de Solidão.

Tabela 5. Correlação entre Visitas e a solidão pré-COVID e Solidão COVID

		V	SPC	SC
V	Correlação de Pearson	1	-,145	,067
	Sig. (2 extremidades)		,529	,772
	N	21	21	21
SPC	Correlação de Pearson	-,145	1	,674**
	Sig. (2 extremidades)	,529		,001
	N	21	21	21
SC	Correlação de Pearson	,067	,674**	1
	Sig. (2 extremidades)	,772	,001	
	N	21	21	21

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Notas: V=Visitas; SPC=Solidão pré-COVID, SD=Solidão COVID

3. Discussão e Conclusão

O novo coronavírus é uma doença de alta letalidade em idosos principalmente naqueles que possuem várias comorbidades ou apresentam sistema imunológico comprometido. Com o comprometimento fisiológico, episódios de febre, falta de ar, ou mesmo em estados assintomáticos, tudo isso interfere na vida do idoso em várias proporções, até mesmo naqueles que não estão infectados, possuindo um medo constante de ser acometido pelo vírus, isso acaba afetando as práticas de atividades diárias e por consequência o psicológico, até mesmo suas funções corporais. Por isso, é importante conhecer essas mudanças e intervir a fim de proporcionar uma qualidade de vida melhor para essa população (F. de A. Costa et al., 2020).

Com base na literatura verificamos que a solidão é determinada por fatores intrínsecos e extrínsecos e que tem como efeito a ausência afetiva a nível psicológico e a inexistência de interação e comunicação emocional. As principais vítimas deste sentimento é o grupo de adultos maiores que segundo a literatura são institucionalizados ou pelas suas famílias ou voluntariamente, porque não encontram dentro da família e da comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades existenciais.

Na atualidade durante a epidemia do COVID-19 os adultos maiores representam um dos grupos de risco para esta infecção, estando expostos a maior número de danos e maior mortalidade pelo COVID-19. Entre os adultos maiores de 60 a 69 anos, a letalidade corresponde a 3,6%, mais elevada que a letalidade da população geral de 2,8%, entre os adultos maiores nos estratos de 70 a 79 anos, a letalidade é de 8% e entre os de 80 ou mais de 14,8% (Caroline, Bezerra, Carlos, Lima, & Dantas, 2020).

Enquanto a sociedade se preocupa com os danos físicos que esta pandemia pode causar aos adultos maiores, a área psicológica, o aumento da solidão e os danos causados pelo isolamento social são muitas vezes negligenciados pelos profissionais de saúde e de serviço, apesar da criação de atividades e contactos entre pessoas através do uso de aparelhos virtuais e de videoconferência.

Este estudo do tipo observacional e de desenho transversal, que tem como objetivo geral analisar se houve um aumento dos sentimentos de solidão em adultos maiores e se houve algum fator que contribui para esse aumento envolveu 21 adultos maiores, com idades compreendidas entre os 62 e os 100 anos, da Santa Casa da Misericórdia de Góis.

Para cumprir com os objetivos proposto, foi administrada a Escala de Solidão da UCLA no mês de março antes da aplicação do protocolo da DGS para o COVID serem aplicadas e no mês de junho durante o COVID, depois de este protocolo ter sido aplicado.

Relativamente á primeira hipótese, ou seja, avaliar se houve um aumento nos níveis de solidão dos idosos da Santa Casa da Misericórdia de Góis durante o COVID, após a aplicação da UCLA e com base na análise podemos verificar que houve um aumento significativo nos nível de solidão dos adultos maiores durante o COVID, nomeadamente os adultos maiores com sentimentos de solidão aumentaram de 10 para 14 enquanto os adultos maiores sem solido diminuíram de 11 para 7. Devido a estes resultados foi possível rejeitar a hipótese 2, que dizia que não houve um aumento nos níveis de Solidão durante o COVID-19.

M. de L. Silva, Viana, & Lima (2020) no seu trabalho também averiguaram que um dos impactos do COVID e mais especificamente do isolamento social na vida dos adultos maiores é o aumento dos sentimentos de solidão, tédio, desesperança e depressão.

Foi também possível aceitar a hipótese 3, houve alguma variável que teve mais significância nesse aumento de sentimentos de solidão. No que toca a esta hipótese podemos verificar que a variável das visitas, ou seja se foi ou não visitado, teve um grande impacto no aumento dos sentimentos de solidão, podendo assim rejeitar a hipótese 4, não existe nenhuma variável kque teve mais significância nesse aumento de solidão. Num estudo feito por A. V. da S. Freitas (2020) verificou-se que a interrupção de atividades como as visitas, lazer e de cariz religioso tem grandes implicações emocionais, sendo uma delas intensificação de sentimentos de solidão que acontece devido ao isolamento social e a suspensão repentina do contacto com a família.

É importante também referir alguns pontos fracos do estudo, tais como a número de pessoas que compõem a amostra ser muito pequena, o facto de que informação como o tempo de visitas, o acompanhamento que o adulto maior estava a receber, as mudanças que ocorreram a nível da prática da religião, o facto de não ter podido recolher informações dos adultos maiores que frequentam o Centro de Dia, devido ao facto de a Instituição decidir que em vez de irem para o edifício do lar era melhor que fosse feito Apoio ao Domicilio.

Bibliografia

- Barroso, V. L. (2008). Orfãos geriatrias : sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados.
- Berg-Weger, M., & Morley, J. E. (2020). Loneliness and Social Isolation in Older Adults during the COVID-19 Pandemic: Implications for Gerontological Social Work. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24(5), 456–458. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1366-8>
- Caroline, P., Bezerra, D. L., Carlos, L., Lima, R. De, & Dantas, S. C. (2020). *COMUNICAÇÃO LIVRE PANDEMIA DA COVID-19 E IDOSOS COMO POPULAÇÃO DE RISCO : ASPECTOS PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE FREE COMMUNICATION / COMUNICACIÓN LIBRE.*
- Chan, M. (2020). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. *Organização Mundial de Saúde*, 1–28.
- Costa, A., & Sequeira, C. (2013). Efetividade de um programa de estimulação cognitiva. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9(9), 14–20.
- Costa, F. de A., Silva, A. dos S., Oliveira, C. B. S. de, Costa, L. C. S. da, Paixão, M. É. da S., Celestino, M. N. S., ... Santos, I. L. V. de L. (2020). COVID-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 49811–4982. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-580>
- Freitas, A. V. da S. (2020). *Instituições de longa permanência para idosos e a covid-19: urgência no debate* (Vol. 2020). Universidade Federal da Bahia.
- Freitas, P. (2011). *Solidão em Idosos. Percepção em Função da Rede Social* (Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/SOLIDÃO EM IDOSOS.pdf>
- Jacob, L., Fernandes, H., Branco, A., França, L., Rodrigues, E., Pinto, T. A., ... Paiva, H. (2011). *Ideias para um Envelhecimento Activo*. Almeirim: RUTIS.
- Lima, S., Esteves, R., & Teixeira, L. (2020). *Perfil de saúde dos idosos: importância do*

- suporte social e da funcionalidade*. Gandra: Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde.
- Liu, K., Chen, Y., Lin, R., & Han, K. (2020). Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. *Journal of Infection*, 80(6), e14–e18. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.005>
- Lopes, M. G. (2010). *Imagens e Estereótipos de Idosos e de Envelhecimento em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados* (Universidade da Beira Interior). Retrieved from <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2500>
- Lourenço, P. M. da R. (2014). *Institucionalização Do Idoso E Identidade*. 137. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9205/1/Paulo Manuel da Rocha Lourenço.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9205/1/Paulo%20Manuel%20da%20Rocha%20Lourenco.pdf)
- Luiz, F., & Netto, D. E. M. (2007). *Sentimento de solidão, bem estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós*. Universidade Estadual de Campinas.
- Machado, C. P. G. (2012). *A solidão nos idosos* (Vol. 3). Escola Superior de Educação de João de Deus.
- Mendes, J. F. (2008). *O sentimento de solidão em idosas institucionalizadas : a influência da autonomia funcional e do meio ecológico* (UNIVERSIDADE DE LISBOA). Retrieved from https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/947/1/17727_ulsd_dep.17453_Capa_Indice_e_Anexos.pdf
- Moreira, V., & Callou, V. (2006). *Fenomenologia da solidão na depressão*. Universidade de Fortaleza.
- Neri, P. A. (2020). Painel discute os idosos e temas transversais em meio à pandemia da Covid-19. Retrieved June 7, 2020, from INFORME website: www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/48997
- Peixoto, V. R., Aguiar, P., Sousa, P., & Abrantes, A. (2020). “ *Timing* ”, *Adesão e Impacto das Medidas de Contenção da COVID-19 em Portugal* *Timing , Compliance and Impact of COVID-19 Containment Measures in Portugal*. Liboa.
- Pocinho, M., & Macedo, E. (2017). Solidão : Um Construto Complexo. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades.*, 53–66.

- Rodrigues, R. M. (2018, April). Solidão, Um Fator de Risco. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 34(5), 334–338. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073>
- Silva, C. (2012). Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar (Vol. 66).
- Silva, M. de L., Viana, S. A. A., & Lima, P. T. de. (2020). IMPACTO NA SAÚDE MENTAL DO IDOSO DURANTE O PERÍODO DE ISOLAMENTO SOCIAL EM VIRTUDE DA DISSEMINAÇÃO DA DOENÇA COVID- 19: uma revisão literária. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 3(1), 1–16. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Silveira, K., Hammerschmidt, D. A., & Santana, R. F. (2020). COMUNICAÇÃO LIVRE SAÚDE DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19.
- Zheng, Y. Y., Ma, Y. T., Zhang, J. Y., & Xie, X. (2020). COVID-19 and the cardiovascular system. *Nature Reviews Cardiology*, 17(5), 259–260. <https://doi.org/10.1038/s41569-020-0360-5>